

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 33

Contribution à l'Etude
des
Blessures de l'artère hépatique
ou de ses branches
au cours de la cholécystectomie

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 17 MAI 1943

PAR

PAUL MENDRAS

Né à Marvejols (Lozère), le 3 février 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la thèse**

MM. LAPEYRE, Professeur, *Président*.
AIMES, Professeur.
MOURGUE-MOLINES, Agrégé. } *Assesseurs*.
ROUX, Agrégé.

MENDE

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE G. PAUC
Place Urbain V

1943

Docteur Paul MENDRAS,
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Béziers

Contribution à l'Etude des Blessures de l'Artère hépatique ou de ses branches au cours de la cholécystectomie

**Travail du Service de Chirurgie
de l'Hôpital Mixte de Béziers
(Docteur ARRIVAT)**

MENDE
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE G. PAUC
Place Urbain V

—
1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique et médec. expérimentale.....	BAUMEL.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologique.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	L. RIMBAUD.
—.....	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale.....	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
—.....	LAPEYRE.
Clinique obstétricale.....	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge.....	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU.
Clinique gynécologique.....	N....
Clinique ophtalmologique.....	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.....	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale.....	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRE, BOSC, VILLARD. GRYNFELT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie..... MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clin. de la tuberc.. VIDAL, <i>professeur</i> .
Microbiologie..... CARRÈRE, <i>agrégé</i> .	Pathologie chir.... MOURGUE-
Hist. nat. médic.... HARANT, <i>agrégé</i> .	—..... MOLINES, <i>agr.</i>
Pharmacologie.... HARANT, <i>agrégé</i> .	—..... TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie médic... BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
—..... BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opérat... ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd. P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Accouchements.... CADERAS
Clinique interne.... PUECH, <i>professeur</i> .	—..... DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clin. des mal. cont. JANBON, <i>professeur</i> .	Stomatologie..... HOUPERT, D ^r .

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine..... P. RIMBAUD.	Chirurgie..... MOURGUE-
—..... BOUCOMONT.	—..... MOLINES.
—..... BERT.	—..... GUIBAL.
—..... LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	—..... ROUX.
Chimie..... MONNIER.	Urologie..... TRUC.
Bactériologie..... CARRÈRE.	Accouchements.... CADERAS
Histoire nat. médic. HARANT.	—..... DE KERLEAU.



A la mémoire de mon Aïeul,

le Docteur Th. BONHOMME,

*ancien Interne des Hôpitaux de Lyon,
ancien Médecin-chef des Asiles du Puy.*

Il nous a laissé, avec l'amour de la médecine, celui
du travail régulier fait avec conscience et perfection.
Sa mémoire nous restera toujours comme un idéal
d'honneur, de bonté et de travail.

A mes Parents,

Qui ont toujours favorisé nos études et nous ont constamment dirigés dans la voie du travail et de l'exactitude, je dédie ce modeste travail, trop faible témoignage de mon affection et de toute ma reconnaissance.

A mon Oncle le Docteur J. BONHOMME,

ancien Interne des Asiles de la Seine.

Héritier lui-même des qualités de conscience professionnelle et d'amour des malades qu'il nous a transmises.

Il nous a dirigé au cours de nos longues études. Nous le prions de bien vouloir accepter ici l'expression de notre affectueuse reconnaissance et de notre fidèle attachement.

A ma Fiancée, M^{lle} M. BOURNISIEEN,

Interne des Hôpitaux de Paris.

A la mémoire de ma Sœur, M^{lle} Luce MENDRAS,

Licenciée ès-Lettres

Diplômée d'Etudes Supérieures.

A ma Sœur, M^{lle} Françoise MENDRAS,

Interne des Hôpitaux de Paris.

Unies toutes trois dans la même affection, elles restent un exemple constant de travail et de haute valeur morale.

A toute ma Famille,

A Monsieur le Professeur H. ROUVIÈRE,
Professeur d'Anatomie à la Faculté de Paris.

Il fut notre guide dans nos études et nous poussa vers la carrière chirurgicale. Vers lui vont notre admiration et notre reconnaissance.

A la mémoire de Monsieur le Professeur
A. HOVELAQUE,
*ancien Chef des Travaux Pratiques d'Anatomie
à la Faculté de Paris.*

Il voulut bien nous accepter dans son laboratoire et nous compter au nombre de ses élèves. Nous lui devons toutes nos faibles connaissances d'anatomie. Nous conserverons toujours le souvenir de son enseignement clair et méthodique, et de l'atmosphère de travail qu'il savait faire régner à « la crèche ».

A la mémoire de Monsieur le Docteur J. C. BLOCH,
ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Il fut notre premier grand Maître, et nous montra l'exemple d'un travail jamais fait à moitié dans un souci de perfection constante. Il restera pour nous le modèle du praticien par sa technique soignée et sa haute valeur professionnelle.

A notre Maître Monsieur le Docteur M. ARRIVAT,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chirurgien-chef de l'Hôpital Mixte de Béziers

Qui a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse. Pendant notre long séjour dans son service, nous avons pu longuement jouir de son enseignement théorique et pratique toujours clair et précis. Nous lui devons la plupart de nos connaissances chirurgicales. Nous avons admiré sa haute valeur personnelle, sa belle conception de la profession chirurgicale et son travail méthodique et assidu. Nous le prions de bien vouloir accepter ici le témoignage de notre affectueuse reconnaissance.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur LAPEYRE,
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Montpellier.

Qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir
présider cette Thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici
l'expression de nos respectueux remerciements.

A mon Jury de Thèse,

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris,

Monsieur le Professeur CUNÉO,
*ancien Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Paris,
ancien Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.*

Monsieur le Docteur BOPPE,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Docteur BOULIN,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier,

A mes Maîtres des Hôpitaux de Béziers,

A mes Camarades des Hôpitaux de Paris,

A mes Camarades de Captivité,

A mes Camarades de Béziers et de Montpellier,

A tous mes Amis,

Je dédie cette Thèse.

CHAPITRE PREMIER

Introduction

La CHOLECYSTECTOMIE est entrée dans la pratique chirurgicale depuis déjà de nombreuses années. Elle est une de ses plus belles conquêtes. Maintenant, elle est une opération bien réglée, grâce surtout aux travaux de l'Ecole Chirurgicale de TERRIER, qui fut le premier en France, à en déterminer et à en préciser les divers temps. Mais elle reste une opération de difficulté très variable suivant les cas auxquels elle s'adresse.

En médecine opératoire, on ne trouve aucune difficulté véritable, aucun rapport assez proche pour léser les organes importants. La vésicule biliaire et son canal sont séparés des rapports dangereux par du tissu cellulaire lâche permettant une dissection facile et sans danger.

Mais, dans la pratique opératoire, la chirurgie de la vésicule s'adresse le plus souvent à des lésions inflammatoires anciennes et chroniques, dans lesquelles le tissu cellulaire lâche est remplacé par du tissu inflammatoire plus ou moins sclérosé. Et ce qui était une dissection facile en médecine opératoire, devient un véritable travail de sculpture. D'autre part, le tissu sclérosé qui rapproche le rapport des organes, les rend inséparables par traction et clivage. Lors donc que le chirurgien tire sur ces adhérences inflammatoires, il entraîne vers ses ciseaux ou son bistouri les organes voisins unis par la sclérose.

Nulle part, ces notions ne sont plus visibles que dans

les rapports de l'artère HEPATIQUE avec le canal cystique et la vésicule biliaire. C'est pourquoi, des lésions de l'artère HEPATIQUE et de sa BRANCHE DROITE, inadmissibles en tissu sain, ont pu être signalées dans des interventions sur ces tissus inflammatoires.

C'est justement un de ces cas de lésion accidentelle de la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE, au cours d'une cholécystectomie difficile, qui nous a paru assez intéressant pour constituer le sujet de notre travail inaugural.

Au surplus, il était normal de penser qu'une lésion d'une branche terminale de l'artère HEPATIQUE devait entraîner de graves troubles anatomo-pathologiques et fonctionnels du foie.

Nous avons eu la surprise d'assister à des suites opératoires sans incident. Et sur le conseil de notre maître, M. le Docteur ARRIVAT, nous avons recherché dans la littérature l'opinion sur ce point des auteurs qui avaient étudié cette question.

Nous donnerons d'abord l'observation clinique. Nous en ferons ensuite la critique. Puis nous étudierons les moyens que nous donne la technique chirurgicale pour éviter de tels accidents. Enfin, nous ferons une revue de ce que nous avons pu trouver dans la littérature chirurgicale sur les suites des blessures de l'artère HEPATIQUE.

CHAPITRE II

Observation

Madame Juliette C... entre le 7 septembre 1938 dans le service de médecine générale de l'Hôpital Mixte de Béziers pour des crises douloureuses de l'hypochondre droit.

Histoire de la maladie.

Il y a six ans, deux mois environ après un premier accouchement, la malade fut prise d'une douleur violente dans l'hypochondre droit. Cette douleur est extrêmement violente, transfixiante, à irradiation postérieure. Il n'y a pas d'irradiation dans l'abdomen, ni vers l'aisselle droite. Pas de nausées ni de vomissements.

La crise au bout de dix à quinze minutes, cesse brusquement, comme elle avait commencé, et la malade ne se ressent plus de rien.

On ne constate ni d'ictère, ni même de subictère consécutif.

Ces crises se reproduisent environ tous les mois, dans la période pré-menstruelle, et cela jusqu'à la deuxième grossesse, mais en se prolongeant de plus en plus.

Cependant, au cours de cette grossesse, aucune crise ne se produisit.

Après une période que la malade n'arrive pas à préciser, les crises reprennent sans se rapprocher, mais toutefois en

augmentant chaque fois de durée, et ceci pendant trois ans environ : c'est-à-dire, jusqu'en juin 1938.

Depuis le 2 juin 1938, les crises se sont beaucoup plus rapprochées, survenant cinq à six fois par mois en moyenne. Leur durée est également considérablement augmentée, pouvant se prolonger de 15 à 18 heures.

C'est devant cette rapide aggravation que la malade se décide à entrer à l'Hôpital de Béziers.

Dans les ANTECEDENTS PERSONNELS, on note :

Une gastro-entérite à l'âge de 4 ans qui guérit sans laisser de séquelle.

Un ictère à l'âge de 10 ans qui a bien guéri également.

Une coqueluche il y a 3 ans en même temps que ses deux enfants.

Aucune autre maladie infectieuse.

Aucun passé digestif.

La malade est réglée depuis l'âge de 12 ans d'une façon régulière et normale. Elle a quelques pertes blanches entre ses périodes menstruelles.

Elle a 2 fillettes de 6 et 3 ans en bonne santé. Son mari est bien portant.

Parmi les collatéraux :

Trois frères et sœurs en bonne santé. Ses parents sont également bien portants.

Actuellement : la malade a eu une crise douloureuse il y a 5 jours. Son siège est toujours le même dans l'hypochondre droit à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. A ce niveau, la douleur est réveillée par la palpation en dehors des crises paroxystiques.

Elle s'irradie dans le dos contre le rachis. Au cours des paroxysmes, un point douloureux dans l'hypochondre gauche est également signalé.

Comme les précédentes, cette crise n'a pas été liée à une alimentation particulière. Elle n'a pas d'horaire fixe. Une crise polyurique accompagne souvent sa terminaison.

Parfois, la malade a pu remarquer quelques prodromes inconstants : lourdeur épigastrique, nausées.

Examen.

La malade paraît être en bon état général. Cependant, elle aurait maigri de 15 kilos depuis 3 ans.

La malade n'a jamais eu, ou très rarement, de nausées ou de vomissements. Elle n'est ni diarrhéique, ni constipée.

Son teint est normal, et non ictérique. Il n'y a pas de subictère conjonctival.

A la palpation, la paroi abdominale est assez lâche. Le cadre colique est douloureux, ainsi que la région de l'épigastre et la région hépatique.

Cependant, on ne constate pas de signe de MURPHY : la respiration n'est pas modifiée dans son amplitude, ni dans son rythme par la pression au niveau de l'angle que fait le rebord costal inférieur droit avec le bord externe du muscle GRAND DROIT correspondant. Le foie paraît seulement basculé en arrière.

A l'examen général :

L'appareil pulmonaire est normal, sans modification du murmure vésiculaire.

L'appareil cardio-vasculaire est également normal. Les bruits du cœur sont réguliers, bien frappés.

Le pouls bat régulièrement à 80 pulsations à la minute au niveau de la radiale.

La tension artérielle est de : maxima, 11 — minima, 7, prise au Pachon.

Rien à signaler au niveau de l'appareil génito-urinaire.

Les urines sont claires, d'abondance moyenne : 1 litre 200 par jour environ. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigment, ni sel biliaire.

Au toucher vaginal, on perçoit le col et le corps de l'utérus qui sont de consistance et de volume normaux. Les culs de sac latéraux et postérieur de Douglas sont libres, souples et indolores.

L'appareil nerveux est normal.

Devant ce tableau clinique, on pose le diagnostic de coliques hépatiques sans signe de rétention biliaire, avec douleur à irradiation atypique postérieure, faisant penser à une participation pancréatique possible.

La malade est d'abord mise à un traitement médical : 20 gouttes de teinture de belladone matin et soir. Et une préparation calmante gastro-duodénale (bismuth, kaolin, sulfate de magnésie).

Après ce traitement préparatoire, la malade est passée dans le service de chirurgie générale du Docteur ARRIVAT pour traitement opératoire.

L'azotémie sanguine est à 0 gr. 20 pour 1.000.

Le temps de saignement est de 2 minutes.

Le temps de coagulation est de 6 minutes.

Intervention.

Le 27 septembre 1938.

Opérateur : Docteur ARRIVAT.

Anesthésie de base au SONERYL par trois comprimés avec anesthésie complémentaire à l'éther.

Laparatomie médiane sus-ombilicale.

Le foie, de coloration normale, mais fortement ptosé, vient recouvrir la région du carrefour qui est complètement bloquée par les adhérences périvésiculaires.

Après avoir dégagé ces adhérences et repoussé le colon transverse en bas, et le duodénum en dedans, on peut aborder la vésicule. Celle-ci est petite, scléreuse, rétractée vers le hile du foie. La palpation permet de sentir qu'elle contient des calculs. On fait une cholécystectomie rétrograde.

L'isolement du carrefour biliaire est malaisé. Section et ligature du canal cystique contre la voie principale. L'isolement de la vésicule dans le tissu scléreux, feutré, ne peut se faire qu'aux ciseaux.

L'artère CYSTIQUE n'est pas reconnue, mais les ciseaux sectionnent un tronc du volume d'une radiale, parallèle à la paroi vésiculaire, et collée à elle. Ce tronc est certainement la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE. Ce

trunc, en effet, prudemment disséqué dans le tissu feutré du PETIT EPIPLOON, passe derrière la voie principale, et vient devant la VEINE PORTE. Ligature des deux bouts de l'artère sectionnée. On achève la cholécystectomie.

L'estomac et le pylore sont sains. Le pancréas est de consistance et d'aspect normaux. La voie principale est libre.

On termine par un tamponnement sous-hépatique, et une suture de la paroi en 3 plans.

Les SUITES OPERATOIRES sont absolument normales, malgré les craintes que l'on avait éprouvées.

La température ne dépasse pas 39° le premier jour et reste aux environs de 37° les jours suivants. On ne constate aucun trouble ni d'ordre local, ni d'ordre général.

Le tamponnement est retiré au douzième jour sans aucun incident. La cicatrisation se poursuit normalement.

Devant ce silence post-opératoire, on explore les fonctions hépatiques pour déceler les réactions du parenchyme hépatique.

L'azotémie sanguine monte d'abord à 0 gr. 45 et jusqu'à 1 gr. 85 pour redescendre jusqu'à 0 gr. 18.

De même la glycémie, qui était à 1 gr. 77 après l'intervention, revient à la normale.

On suivra mieux ces modifications dans le tableau suivant :

	29 Septemb.	3 Octobre	6 Octobre	10 Octobre
AZOTÉMIE.	0,45	1,85	0,47	0,18
GLYCÉMIE.	1,77	1,40	1,14	1,02

La tension artérielle n'est pas modifiée ; prise au Pachon le 9 octobre, elle est de : maxima 10, minima, 7.

Le temps de saignement est toujours de 2 minutes.

Le temps de coagulation est de 7 minutes.

La réaction de TAKATA ARA est négative.

Le signe du lacet n'existe pas : en mettant un garrot sur le bras au-dessus du coude, et le laissant 5 minutes, on ne constate, au bout de ce temps, aucune ecchymose.

Le 10 octobre, on pratique une épreuve au galactose : la malade est sondée à 8 heures et boit 200 grammes d'eau contenant 40 grammes de galactose. Les urines sont recueillies à 10 heures, 12 heures, 18 heures, 24 heures et 8 heures le lendemain matin. Dans chacune de ces mictions, on dose la galactose. Le résultat de cette épreuve est sensiblement normal, le galactose étant éliminé dans le laps de temps voulu comme l'indique le tableau suivant :

8 h. - 10 h. :	200 cc.	d'urine	contenant	1 gr.	10 - Taux	5 gr.	53/1000
10 h. - 12 h. :	35 cc.	—	—	0 gr.	11 —	3 gr.	14/1000
12 h. - 18 h. :	94 cc.	—	—	0 gr.	27 —	2 gr.	90/1000
18 h. - 24 h. :	430 cc.	—	—	0 gr.	00 —	0.	
24 h. - 8 h. :	405 cc.	—	—	0	—	0	

La malade guérit ainsi sans aucun accident et put sortir de l'hôpital en bonne santé le 22 octobre 1938.

Nous n'avons malheureusement pas pu revoir cette malade actuellement. Mais nous avons eu directement de ses nouvelles. Depuis son intervention, la malade n'a vraiment eu aucune crise. Parfois, elle s'est plaint de quelques douleurs gastriques ou même de quelques coliques, mais disparaissant rapidement sans laisser aucune trace. Elle ne suit aucun régime alimentaire, mangeant de tout : « œufs, choux, haricots, sans en être indisposée ». Ainsi, depuis sa sortie de l'hôpital, elle a augmenté de 15 à 20 kilogs, le poids qu'elle faisait au mois de septembre 1938.

De plus, elle a eu une troisième grossesse parfaitement menée sans encombre jusqu'au terme.

CHAPITRE III

Etude critique

L'opération étant terminée, on s'est demandé, avec anxiété, quel était le tronc artériel sectionné, redoutant à juste titre une lésion de l'artère HEPATIQUE.

On a pensé d'emblée à la BRANCHE DROITE, en raison de la direction de bas en haut et de gauche à droite du vaisseau, et de son calibre.

En suivant en bas et à droite le bout lié, on a constaté qu'il venait passer sous la voie principale, puis se perdre dans le tissu feutré du PETIT EPIPLOON en avant du tronc de la VEINE PORTE, vers l'artère HEPATIQUE. Le bout supérieur, après s'être presque accolé au canal cystique, s'en éloigne, et remonte avec le pédicule hépatique droit, vers l'extrémité postérieure et droite du hile du foie.

Du reste, avec quel autre vaisseau la confusion aurait-elle été pu faite ?

— Avec l'artère CYSTIQUE : il est fréquent de trouver dans les cholécystectomies pour vieilles cholécystites, des vaisseaux cystiques de très petit calibre. D'ailleurs, notre vaisseau se rapprochait d'abord du canal cystique, puis s'en séparait pour remonter dans le hile du foie. La CYSTIQUE elle-même n'a certainement pas été vue dans les tissus inflammatoires du PETIT EPIPLOON.

— Avec la GASTRO-DUODENALE : mais celle-ci est transversale et croise le cholédoque au niveau de sa portion

sus-pancréatique. Elle ne pourrait atteindre le canal cystique que dans un cas d'abouchement anormalement bas situé de ce canal dans le cholédoque. Ce n'était pas le cas ici. Au surplus, la GASTRO-DUODENALE aussitôt après avoir croisé la voie principale, s'infléchit en bas pour devenir prépancréatique.

— Enfin, l'artère PYLORIQUE est de calibre moindre. Quelle que soit son origine, du tronc de l'artère HEPATIQUE, ou d'une de ses branches terminales, elle a une direction nettement descendante.

On peut donc considérer comme certain que c'est bien la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE qui a été blessée et liée.

CHAPITRE IV

La Technique chirurgicale et les moyens d'éviter les blessures de l'artère hépatique

I° — Etude anatomique.

Ainsi donc, la dissection et l'identification de la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE peut au cours de la cholécystectomie présenter de très grosses difficultés. C'est que ce vaisseau important rentre en rapport étroit avec la vésicule biliaire et son pédicule.

Dans les deux tiers des cas des dissections anatomiques, d'après la magnifique thèse de RIO BRANCO, l'artère HEPATIQUE PROPRE naît sur la face antérieure de la veine PORTE, à peu près à égale distance de ses deux bords, de la division de l'artère HEPATIQUE COMMUNE : en artère HEPATIQUE PROPRE et artère GASTRO-DUODENALE.

Cette artère HEPATIQUE a un trajet oblique en haut, en dehors, en avant, semblable à celui de la veine PORTE, sur la face antérieure de laquelle elle ne cesse de cheminer. Peu après sa naissance, elle donne l'artère PYLORIQUE.

La voie biliaire principale, d'abord nettement en dehors et en avant, se rapproche d'elle, pour cheminer à une distance variable de un centimètre et demi, à quelques millimètres,

parfois même à son contact. C'est à ce niveau que se trouve le carrefour des trois canaux biliaires : HEPATIQUE, CYSTIQUE et CHOLEDOQUE.

Après un trajet de deux à quatre centimètres, l'artère HEPATIQUE PROPRE se divise en deux branches terminales : gauche et droite. Ceci sur la face antérieure de la veine PORTE, en dedans du canal hépatique.

La BRANCHE GAUCHE monte rectiligne, oblique en haut, en dedans, en avant, vers l'extrémité antérieure gauche du hile du foie.

La BRANCHE DROITE est beaucoup plus fréquemment sinueuse. Elle a une direction générale oblique en haut, en dehors, en arrière, vers l'extrémité postérieure droite du hile du foie. Elle chemine sur la face antérieure de la VEINE PORTE, puis sur celle de sa branche droite. Née en dedans, à gauche de la voie biliaire principale, elle va la croiser sur sa face postérieure. Parfois, auparavant, elle pourra venir faire une boucle sur la face antérieure du canal hépatique et se rapprocher ainsi de la terminaison du canal cystique. En dehors, à droite du canal hépatique, la BRANCHE DROITE décrit en général une courbe à concavité supérieure qui vient la faire cheminer à la face postérieure du col de la vésicule biliaire. A ce niveau, elle entre en contact étroit avec la voie biliaire accessoire, n'en étant séparée que par une mince lame de tissu cellulaire lâche. La présence de ce tissu rend la dissection relativement facile chez un individu sain ; mais la rend extrêmement difficile quand une sclérose inflammatoire est venue transformer cette lame de tissu lâche en une lame fibreuse, et faire disparaître le plan de clivage.

Dans ce trajet, la BRANCHE DROITE forme le côté supérieur d'un triangle à sommet externe au niveau du col de la vésicule, à base interne formée par le canal hépatique et dont le côté inférieur est constitué par le canal cystique. C'est dans ce triangle que chemine l'artère CYSTIQUE.

Cette artère peut être longue ou courte. Courte, elle naît de la BRANCHE DROITE en dehors de la voie principale, et se dirige directement en dehors, vers le col de la vési-

cule, en soulevant le feuillet antérieur du PETIT EPIPLOON. Longue, elle naît le plus souvent de cette même branche, en dedans de la voie principale, parfois au niveau de cette boucle qu'elle vient former au devant du canal hépatique.

Dans quelques cas, elle peut naître du tronc de l'HEPATIQUE PROPRE, de la BRANCHE GAUCHE, de l'artère GASTRO-DUODENALE, de l'artère PYLORIQUE.

De toute façon, elle croise la voie principale sur sa face antérieure, et vient cheminer dans le triangle hépato-cystique, et atteindre le col de la vésicule, au niveau duquel elle se divise en ses deux branches terminales qui vont irriguer les faces supérieure et inférieure. Parfois, cette division de l'artère CYSTIQUE se fait beaucoup plus tôt, tout près de son origine; quelquefois même, il existe d'emblée deux artères CYSTIQUES. Elles cheminent alors côte à côte et viennent toujours atteindre le col de la vésicule. C'est à ce niveau que l'on pourra les voir, les reconnaître, et les lier ensemble ou séparément.

On voit par cette étude rapide, combien sont intimes les rapports de la voie accessoire et de l'artère CYSTIQUE d'une part, et de la voie biliaire principale et des vaisseaux HEPATIQUES d'autre part.

La difficulté opératoire de cette région est encore accrue par deux faits sur lesquels on ne saurait trop insister: les anomalies anatomiques fréquentes (1/3 des cas) et les transformations pathologiques.

Le canal cystique peut varier de longueur, de 2 à 6 centimètres. La situation de son embouchure peut être au tiers inférieur du pédicule hépatique, ou se trouver à son tiers moyen ou même au tiers supérieur.

Le canal hépatique peut n'être constitué que très bas, par la fusion tardive à angle aigu de ses deux branches d'origine. Dans ce cas, le canal cystique peut se jeter soit à la fusion de ces deux branches, soit dans la branche droite.

Mais il faut insister surtout sur les anomalies vasculaires très fréquentes.

La BRANCHE DROITE, au lieu de naître par la bifur-

cation sous-hilaire de l'artère HEPATIQUE, peut naître d'un bouquet d'épanouissement sus-duédonal de l'artère HEPATIQUE COMMUNE, ou bien de l'artère GASTRO-DUODENALE. Parfois même, elle naît du tronc COELIAQUE, ou de la MESENTERIQUE SUPERIEURE.

Quant à l'artère CYSTIQUE, nous l'avons déjà dit, elle peut être longue ou courte, unique ou double. Elle peut naître de la BRANCHE DROITE, ou du tronc de l'HEPATIQUE PROPRE, ou encore de la GASTRO-DUODENALE, ou de l'artère PYLORIQUE, ou enfin de la BRANCHE GAUCHE. Mais, fait capital, elle aborde toujours la vésicule biliaire au niveau de son col.

Plus encore que les anomalies anatomiques, les altérations pathologiques de la région sous-hépatique, bouleversent les rapports des organes. L'inflammation de péri-cholécystite transforme tous les tissus cellulaires lâches du PETIT EPIPLOON en tissus scléreux, pouvant rendre l'artère HEPATIQUE et sa BRANCHE DROITE solidaires du canal cystique et de la vésicule. C'était le cas de notre malade, chez laquelle la BRANCHE DROITE était étroitement unie par du tissu inflammatoire chronique au canal cystique et au col de la vésicule.

2° — Technique opératoire.

La TECHNIQUE CLASSIQUE consiste à décoller d'abord la vésicule biliaire de son lit hépatique. Puis, en exerçant une certaine traction en bas et en dehors, on tend l'artère cystique que l'on peut sectionner entre deux pinces. On termine par la ligature du canal cystique à sa terminaison.

Mais cette traction et cette tension de l'artère cystique peut attirer en bas et en dehors et couder la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE, qui peut de ce fait être prise par la ligature.

De plus, surtout si le tissu cellulaire lâche du PETIT EPIPLOON est transformé en tissu fibreux par des lésions de péri-cholécystite, la traction sur la vésicule biliaire dégage mal le canal et l'artère cystiques de la BRANCHE DROITE, au-

près de laquelle ils sont fixés par des adhérences intimes. Pour lier l'artère cystique, surtout si, comme c'est le cas le plus fréquent, elle est courte et naît de la BRANCHE DROITE, non loin du col de la vésicule, il faut cheminer dans cet espace plus ou moins large qui sépare le col, de la BRANCHE DROITE. On a beau tirer sur la vésicule pour écarter ces deux organes, on ne fait qu'attirer davantage en dehors la branche artérielle. On conçoit aisément combien il est facile, dans de pareilles conditions, l'opacité du PETIT EPIPLOON gênant encore davantage, de poser une pince sur la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE. Enfin, parfois, la BRANCHE DROITE suit le canal cystique auquel elle reste accolée ; si on ne dissèque pas minutieusement le canal cystique, on peut très bien pincer et lier avec lui la branche droite.

C'est pour remédier à ces dangers, que MM. SCHWARTZ et HUARD, hantés par la possibilité de lésion des organes voisins qu'ils ont d'ailleurs avouée eux-mêmes fort simplement, ont proposé une modification de la technique classique.

Ils commencent toujours par décoller la vésicule biliaire après incision du feuillet péritonéal, et, en commençant par le corps plus près du col que du fond pour trouver plus facilement le plan de clivage vésiculo-hépatique, et réduire au minimum l'hémorragie du lit hépatique. Puis, par une légère traction sur la vésicule, on tend le PETIT EPIPLOON qui forme là comme un méso du cholécyste. Ces auteurs conseillent de ne pas pincer les vaisseaux ; les mors de la pince prenant trop facilement des tissus où cheminent des organes dangereux. Ils font une première boutonnière à la sonde canelée dans le petit méso au-dessus et en dehors de l'artère CYSTIQUE qui soulève le feuillet antérieur. On passe ainsi un premier catgut qui liera les petits vaisseaux hépato-vésiculaires pouvant cheminer à ce niveau. Une seconde boutonnière sera faite de la même façon au-dessous de l'artère CYSTIQUE et permettra de lier cette dernière tout près du col vésiculaire au ras duquel elle est section-

née. Il ne reste plus alors qu'à disséquer le canal cystique aussi loin que l'on veut jusqu'au cholédoque. On peut le lier facilement et le sectionner à sa terminaison.

Dans tous ces temps, on n'a pas cherché à reconnaître la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE que l'on doit pas voir, *à condition expresse de rester au contact même de la paroi vésiculaire.*

MM. GOSSET et DESMAREST ont décrit une troisième technique de bas en haut dite rétrograde qui, entre leurs mains, a donné d'excellents résultats, et permettrait une plus grande rapidité opératoire.

Ils commencent par repérer le confluent biliaire des trois canaux : Hépatique, Cystique et Cholédoque. Ils y vont, soit directement, en recherchant le cholédoque au bord supérieur du premier Duodénum. Ou bien, partant de la vésicule biliaire, ils suivent le canal cystique, comme un fil d'Ariane, jusqu'au carrefour.

Le carrefour et le cystique étant repérés, le feuillet antérieur du PETIT EPIPLOON est incisé à gauche du canal cystique. Ce dernier, en général, est sain au niveau de sa terminaison. C'est là, tout près de son abouchement qu'il est isolé, lié, et sectionné. Le segment supérieur, solidement maintenu par une pince à forci-pressure est attiré en avant et en dehors, et libéré de proche en proche.

Cette traction et cette libération, à mesure qu'elle se rapproche de la vésicule, attire l'artère cystique en l'éloignant de la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE. Il est alors possible de passer un catgut autour de cette artère, ou de ses deux branches à la fois, ou de l'une après l'autre et de les lier. Ceci au contact du col de la vésicule. On peut ainsi facilement sectionner, sous le contrôle, de la vue, les vaisseaux cystiques.

Le col de la vésicule étant libéré, on peut attaquer le décollement de la vésicule qui se poursuit très aisément d'arrière en avant.

Cette technique permet donc de lier aisément le canal,

cystique en tissu sain, et sans risquer de prendre le cholédoque coudé par une traction sur le cystique ; d'attaquer la ligature de l'artère cystique d'un côté large et facile d'accès ; de conserver assez d'étoffe péritonéale pour constituer un enfouissement du moignon cystique et du lit vésiculaire sur un petit drain. C'est pourtant au cours d'une cholécystectomie rétrograde qu'a eu lieu notre lésion.

On le voit, ces divers procédés visent tous à écarter le gros danger que constituent les rapports anatomiques intimes du cholécyste et de son pédicule avec, d'une part, la voie principale : canal hépatique et canal cholédoque ; d'autre part, l'artère HEPATIQUE PROPRE, ou sa BRANCHE DROITE.

« Quand on lit dans nos traités — disent MM. SCHWARTZ et HUARD — ou dans des articles particuliers ces techniques opératoires et que l'on regarde les figures qui accompagnent leur description, il se dégage de cette lecture une impression de grande facilité et de grande simplicité. Le nombre des accidents observés au cours de cholécystectomie, entre les mains de chirurgiens réputés et entraînés à la chirurgie biliaire, montre bien qu'il s'agit d'une opération difficile, dont les techniques sont pleines d'insécurité. »

C'est qu'il faut bien insister sur ce fait qu'il n'est point d'anatomie plus fréquemment anormale que celle du pédicule hépatique. Les rapports respectifs des canaux biliaires, du canal cystique, de l'artère hépatique et de ses branches sont d'une variabilité déconcertante. Aussi, redisons-le avec RIO BRANCO « selon nous, la ligature correcte de l'artère cystique dépend moins du procédé employé que de l'application stricte de ce principe capital : *l'artère cystique doit être recherchée et liée au niveau de son point d'attache vésiculaire.* C'est seulement en procédant de la sorte qu'il sera possible de faire l'hémostase complète de la vésicule biliaire quel que soit l'état des voies biliaires, quel que soit le type artériel en présence duquel on se trouve. »

CHAPITRE V

Les suites opératoires dans les cas de ligature de l'artère hépatique

Les effets de la ligature de l'artère HEPATIQUE et de ses branches ont été étudiés et ont donné lieu à des conclusions variables.

En 1828, SIMON de Metz tenta le premier la ligature de l'artère HEPATIQUE chez le pigeon après cholédocotomie antérieure, et ne constata pas d'aggravation des troubles déjà observés.

Après lui, KOTTMEIER lia l'artère HEPATIQUE du lapin et de la grenouille et constata régulièrement une nécrose du foie avec dégénérescence graisseuse et ramollissement aigu.

BETZ lia l'artère HEPATIQUE COMMUNE d'un chien et n'observa pas de trouble. Il lia l'artère HEPATIQUE PROPRE et la mort survint avec des foyers sanguins apoplectiques parsemés dans le parenchyme hépatique, et, au neuvième jour, dégénérescence graisseuse plus ou moins accentuée.

En 1873, SCHMULEWITSCH prétendait que le sang veineux suffisait au foie. L'artère HEPATIQUE liée, la VEINE PORTE suffirait à l'alimentation du foie, et vice versa.

A la même époque, BOCK et HOFFMANN liant tous les vaisseaux du hile du foie d'un chien, notaient une survie avec hyperhémie du foie grâce aux vaisseaux diaphragmatiques.

CONHEIM et LITTEN, après plusieurs expériences sur les lapins, concluent que la ligature de l'artère HEPATIQUE PROPRE entraîne la mort immédiate, avec nécrose de tout l'organe. La ligature des branches terminales de l'artère HEPATIQUE entraîne la mort en deux jours avec nécrose totale du lobe correspondant.

STALNIKOW lie l'artère HEPATIQUE PROPRE du chien et observe une guérison sans incident.

LITTEN conclue que le foie se passe plutôt de sang veineux de la VEINE PORTE que de sang artériel de l'artère HEPATIQUE.

ARTHAUD et BUTTE lient l'artère HEPATIQUE chez des chiens qui meurent brusquement au sixième jour. Le foie ne contient plus de glycogène et sa disparition semble devoir expliquer la mort. Dans un cas, il y avait une dégénérescence graisseuse du foie ; dans les autres cas, le foie était rouge foncé, dur à la coupe.

En 1898, DOYON et DUFOURT étudient les ligatures hépatiques chez le chien et le lapin. La ligature de l'artère HEPATIQUE PROPRE entraîne la mort. Celle de l'artère HEPATIQUE COMMUNE est parfois suivie de guérison, mais avec diminution de la fonction uropoïétique du foie.

DUJARIER et CASTAIGNE obtiennent chez le chien des résultats variables par la ligature de l'artère HEPATIQUE. Trois fois, les chiens ont survécu, et trois semaines après l'intervention, ne présentaient aucune lésion hépatique. Dans les autres cas, la mort survint avec nécrose septique ou non du foie.

En 1906, HABERER publie un très important mémoire sur la ligature de l'artère HEPATIQUE. Il lie tel ou tel segment de l'artère HEPATIQUE ou de ses branches terminales. Après la mort spontanée ou la sacrifice de l'animal, il injecte le système artério-veineux et va disséquer le pédicule hépatique. Il arrive ainsi aux conclusions suivantes :

— La ligature de l'artère HEPATIQUE COMMUNE n'entraîne pas de troubles graves grâce à la circulation collaté-

rale qui s'établit par la GASTRO-DUODENALE et la PYLORIQUE.

— La ligature de l'HEPATIQUE PROPRE, après la naissance de la GASTRO-DUODENALE, avant celle de la PYLORIQUE, peut amener une guérison pour la même raison. Mais les accidents graves sont plus fréquents.

— La ligature de l'artère HEPATIQUE PROPRE, après la naissance de la PYLORIQUE, entraîne la mort en un ou deux jours par nécrose du foie. Quelques cas de survie sont constatés et attribués à la suppléance des vaisseaux diaphragmatiques.

— Enfin, la ligature d'une branche terminale peut être suivie de guérison, mais avec une nécrose plus ou moins étendue du lobe du foie correspondant.

En 1910, NICOLETTI étudie de même les résultats de ligature de l'artère HEPATIQUE chez les lapins. Il arrive à des conclusions semblables. La ligature de l'artère HEPATIQUE COMMUNE est suivie de guérison. Celle de l'HEPATIQUE PROPRE entraîne la mort ; celle d'une branche entraîne parfois une nécrose complète du lobe correspondant, compatible pourtant avec la survie dans quelques cas, parfois une nécrose superficielle, sans accident très grave. Et il conclut à l'importance de l'indépendance totale ou non des lobes du foie entre eux.

BOURDENKO étudie la ligature progressive de l'artère HEPATIQUE ou sa ligature après fixation d'épiploon dans le parenchyme hépatique. La mortalité semblerait ainsi être moins élevée.

CARMONA rapporte également des résultats variables après ligature de l'artère HEPATIQUE. Mais il cite un cas de survie chez vingt chiens sur lesquels il a lié l'artère HEPATIQUE COMMUNE entre son origine et la naissance de la GASTRO-DUODENALE. Il trouvait chez tous ces animaux sacrifiés à des dates variables, échelonnées entre quinze jours et deux mois après la ligature, des altérations variables

du foie. D'abord des altérations d'ordre circulatoire ; plus tard, des lésions de dégénérescence ; et encore plus tard, des traces évidentes de régénération parenchymateuse.

Chez l'homme, on connaît quelques cas de guérison après ligature de l'artère HEPATIQUE.

En 1883, SOCIN, au cours d'une pylorectomie, blessa et dut lier l'artère HEPATIQUE. Le malade mourrut de collapsus en trois heures ; l'autopsie permit de vérifier la ligature de cette artère.

SALZER, de même, dans une intervention sur un cancer du pylore, dut lier l'artère HEPATIQUE PROPRE. La mort survint à la sixième heure dans des signes de collapsus. A l'autopsie, on identifia la ligature sur l'artère HEPATIQUE après la naissance de la GASTRO-DUODENALE. Le foie était mou, mais sans nécrose.

En 1889, RANAM rapporte un cas de ligature de l'artère HEPATIQUE, (probablement la BRANCHE GAUCHE) suivi de guérison. Mais il ne peut affirmer que telle était bien l'artère liée.

En 1903, KEHR intervient chez un malade porteur d'un anévrisme de l'artère HEPATIQUE. Après ablation de la vésicule, il réséqua l'anévrisme entre deux ligatures, fit une hépatopexie et un tamponnement de la plaie. Les premiers jours après l'intervention furent tranquilles. La température oscillait entre 37°5 et 38°6. On notait seulement un léger écoulement de bile par la plaie. Le septième jour, la plaie est en bon état, mais KEHR constate que le foie est complètement exangue, d'aspect lardacé. Le dixième jour, l'état général du malade se maintient bon ; KEHR, par la plaie, incise le bord inférieur du foie et le trouve nécrosé sur une épaisseur de deux centimètres. Il enlève des lambeaux de tissu hépatique sphacélé. Au bout de un mois et demi, la plaie est entièrement cicatrisée. La guérison se maintenait encore six ans plus tard, en 1909.

En 1904, BAKES, au cours d'une cholécystectomie, aurait lié l'artère HEPATIQUE et constata la guérison de la malade.

TUFFIER opère un malade pour un anévrisme de l'artère HEPATIQUE PROPRE. La mort survient au troisième jour; dans le coma. Le foie paraît petit, atrophié, mais « ne présente nullement de lésions nécrotiques vraies du foie ».

GUIBE et HERRENSCHMIDT interviennent sur un kyste hydatique du foie. Ils lient la BRANCHE GAUCHE de l'artère HEPATIQUE. La mort survient en quatre jours, d'insuffisance hépatique. L'autopsie montra une nécrose du lobe gauche du foie.

En 1908, ALESSANDRI, au cours d'une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire, pince la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE. La guérison est obtenue avec peine et au prix d'une nécrose partielle du foie. La plaie se cicatrisait de temps en temps, devenait douloureuse. Puis, la plaie se rouvrait en donnant issue à une sécrétion épaisse et abondante, mais sans élévation thermique. Pendant un certain temps, la moitié droite du foie fut encore douloureuse. ALESSANDRI l'attribuait à une nécrose partielle de ce lobe.

La même année, KEHR, au cours d'une cholécystectomie également, dut lier l'artère HEPATIQUE PROPRE. Au neuvième jour, après des suites opératoires immédiates simples, la malade présenta des signes graves de collapsus avec écoulement sanguin très abondant et élimination, par l'incision, de lambeaux de foie nécrosés avec caillots sanguins. L'hémorragie cesse rapidement, mais l'élimination de tissus nécrosés se prolongea jusqu'au treizième jour. La guérison est cependant obtenue au bout de sept semaines. Deux mois après, la malade revient avec une vive douleur de la cicatrice, rougeur de la peau, fièvre. Il se produit une évacuation spontanée d'une grosse collection purulente, fétide, avec quelques traces de bile. La suppuration cesse en quelques jours, mais la température persista pendant un mois environ. La guérison est néanmoins obtenue complète.

En 1909, NARATH, au cours d'une GASTRECTOMIE, lie la BRANCHE GAUCHE de l'artère HEPATIQUE. La malade supporte bien l'intervention, mais elle meurt le septième jour, après avoir présenté de la fièvre et un pouls rapide. A l'autopsie, on ne constate aucune trace de périto-

nite, bien que les sutures aient lâché en un point. Le lobe gauche du foie et le lobe de SPIEGEL sont entièrement nécrosés. Le lobe droit est normal.

Etudiant les cas déjà publiés, NARATH conclue que la ligature de l'artère HEPATIQUE ou de ses branches est dangereuse quand le foie a une vascularisation normale, typique.

HOLST lie l'artère HEPATIQUE PROPRE. Au huitième jour, la mort survient avec des signes de collapsus. L'autopsie montre une nécrose aseptique du foie.

HOFMEISTER, à la suite d'une ligature de l'artère HEPATIQUE PROPRE, note des suites opératoires absolument normales, sans aucun trouble hépatique.

Il cite également une série de quatorze ligatures effectuées par KEHR avec sept morts et sept guérisons. Parmi les sept cas de guérison, deux concernent des ligatures du tronc ascendant de l'artère HEPATIQUE, suivies de nécrose partielle du foie, et qui ont déjà été citées plus haut. Les cinq autres cas se rapportent à des ligatures des branches terminales.

WINDERMITZ explique l'absence de lésion hépatique après ligature de l'artère HEPATIQUE par des anastomoses intra-hépatiques entre les systèmes vasculaires PORTE et HEPATIQUE.

Devant des résultats aussi variables, on a essayé d'expliquer ces phénomènes.

Il est prouvé que la ligature de l'artère HEPATIQUE ou d'une de ses branches terminales détermine une nécrose au moins partielle du foie. Mais pourquoi, dans certains cas, cette nécrose est moins étendue et permet au malade d'en supporter les frais.

On a évoqué la présence de vaisseaux suppléants.

C'est d'abord la question des artères HEPATIQUES ACCESSOIRES.

On a décrit des cas de dédoublement de l'artère HEPATIQUE. L'une suit le trajet normal et se distribue à l'un des lobes. L'autre naît le plus souvent du tronc CÆLIAQUE ou

de l'artère MESENTERIQUE SUPERIEURE; plus rarement, du tronc de l'AORTE elle-même, ou de l'artère RENALE droite. En général, cette deuxième artère suit un trajet directement en dehors, sous-hépatique, vers le hile du foie. Mais le plus souvent, ces artères HEPATIQUES dédoublées se partagent l'irrigation du parenchyme hépatique, au même titre que les branches terminales de l'artère HEPATIQUE normale. D'ailleurs, l'artère qui suit le trajet normal ne donne qu'une branche ou deux pour le seul lobe qu'elle nourrit.

On a également cité des cas d'artères HEPATIQUES triplées.

D'autres vaisseaux donnent quelques branches hépatiques, notamment les artères sous-diaphragmatiques droites. Cependant, elles restent bien peu importantes pour expliquer l'irrigation totale du foie, et la survie après la ligature de l'HEPATIQUE, en aval de la naissance de la GASTRO-DUODENALE et de la PYLORIQUE; c'est-à-dire après les branches qui pourraient rétablir la circulation par voie collatérale.

Pour expliquer la survie après la ligature d'une des BRANCHES TERMINALES de l'artère HEPATIQUE, on a invoqué deux sortes d'anastomose entre ses deux branches. Les unes, directes, se font dans le hile du foie, unissant les diverses branches. Les autres sont intra-parenchymateuses par des vaisseaux capillaires qui pourraient parfois unir les différents systèmes de réseaux artériels des divers lobes. Mais de telles anastomoses ont été fort discutées et ne sont pas admises par tous les auteurs.

CONCLUSIONS

M. le Professeur B. CUNEO disait en concluant la discussion qui suivit le rapport de MM. SCHWARTZ et HUARD :
« Comme beaucoup d'opérations, la cholécystectomie est tantôt une opération d'une facilité enfantine, tantôt, et heureusement dans des cas beaucoup plus rares, une opération des plus difficiles. Ces difficultés tiennent le plus souvent à des modifications d'ordre anatomo-pathologique. Dans ces cas, les adhérences, la gangue scléro-lipomateuse péri-vésiculaire rendent très pénible la découverte et l'isolement des différents organes, et aucune technique ne peut mettre à l'abri d'un accident. C'est dans un cas de ce genre que j'ai blessé la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE, blessure qui a entraîné la mort de l'opérée. »

En conséquence, en tissu scléreux, il faut penser toujours à la BRANCHE DROITE de l'artère HEPATIQUE. En restant au contact de la paroi vésiculaire, on évitera presque toujours les lésions de l'artère HEPATIQUE.

Si cependant une telle lésion survient, il faut savoir qu'elle n'est pas nécessairement mortelle. Pour des raisons que nous avons essayées de discuter, mais qui restent encore obscures, il est des cas certains de guérison. La vie du malade n'est donc pas obligatoirement compromise.

Notre observation est à verser au dossier de cette question. Nous avons essayé de montrer comment on peut éviter les lésions de l'artère HEPATIQUE, et, si elles se produisent, comment elles sont compatibles avec la survie du malade. L'étude des suites opératoires de notre malade montre que cette lésion peut n'amener aucun trouble appréciable.

Cette observation est à ajouter au nombre des cas de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

- RIO BRANCO. — Thèse inaugurale : essai sur l'anatomie et la médecine opératoire du tronc caelique et de ses branches, de l'artère hépatique en particulier (1912). Excellent travail très approfondi dans lequel nous avons très largement puisé.
- HARTMANN, GOSSET et DESMAREST. — Anatomie de l'artère cystique. Technique de la cholécystectomie. (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 4 janvier 1911).
- GOSSET et DESMAREST. — Technique de la cholécystectomie rétrograde : ses résultats. (*Presse Médicale*, 15 mars 1913).
- ALESSANDRI. — Un cas de ligature de la branche droite de l'artère HEPATIQUE suivie de guérison. (*Journal de Chirurgie*, tome I, page 633).
- NARATH. — Etude des conséquences des ligatures de l'artère HEPATIQUE et de ses branches. (*Journal de Chirurgie*, tome IV, page 191).
- NICOLETTI. — Ligature de l'artère HEPATIQUE COMMUNE avec survie. (*Journal de Chirurgie*, tome IV, page 567).
- WINDERMITZ. — Ligature silencieuse de l'artère HEPATIQUE ou de la VEINE PORTE. Son explication. (*Journal de Chirurgie*, tome VIII, page 87).
- HOLST. — Un cas de ligature de l'artère HEPATIQUE avec artère suppléante. (*Journal de Chirurgie*, tome XVII, page 516).

HOFMEISTER. — Un cas de ligature de l'artère HEPATIQUE sans altération du foie. Citation de 14 cas de KEHR avec sept morts et sept guérisons. (Cité dans le *Journal de Chirurgie*, tome XX, page 45).

CUNEO, SCHWARTZ et HUARD. — Des accidents de la cholécystectomie ; des moyens de les éviter. (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, juin 1928, tome 54, page 914). (*Journal de Chirurgie*, novembre 1928, tome XXXII, page 516).

CARMONA. — Ligature muette de l'artère HEPATIQUE COMMUNE chez vingt chiens. (*Journal de Chirurgie*, tome XXXIX, page 126).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Contribution à l'étude des Blessures de
l'artère hépatique ou de ses branches au
cours de la cholecystectomie.*

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 14 avril 1943.

Le Professeur,

LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 15 avril 1943.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 avril 1943.

Le Recteur,

SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Table des Matières

CHAPITRE I. — Introduction.....	9
CHAPITRE II. — Observation Clinique.....	
Histoire de la maladie	11
Examen.....	13
Intervention.....	14
Suites Opératoires.....	15
CHAPITRE III. — Etude Critique.....	17
CHAPITRE IV. — Technique chirurgicale et moyen d'éviter les blessures de l'artère hépatique	
1 ^o Etude Anatomique normale.....	19
Anomalies	21
2 ^o Technique Opératoire.....	22
Technique Classique.....	22
Technique de Huard et Schwartz	23
Technique Gosset et Desmarest	24
CHAPITRE V. — Suites Opératoires dans les cas de ligature de l'artère hépatique.....	
1 ^o Chez l'animal	26
2 ^o Chez l'homme.....	29
Interprétation	31
Conclusions.....	33
Bibliographie.....	35

Table des Matières

CHAPITRE I - Introduction	1
CHAPITRE II - Observations préliminaires	15
I. - Les observations	15
II. - Les résultats	25
CHAPITRE III - Les observations	35
I. - Les observations	35
II. - Les résultats	45
CHAPITRE IV - Les observations	55
I. - Les observations	55
II. - Les résultats	65
CHAPITRE V - Les observations	75
I. - Les observations	75
II. - Les résultats	85
CHAPITRE VI - Les observations	95
I. - Les observations	95
II. - Les résultats	105
CHAPITRE VII - Les observations	115
I. - Les observations	115
II. - Les résultats	125
CHAPITRE VIII - Les observations	135
I. - Les observations	135
II. - Les résultats	145
CHAPITRE IX - Les observations	155
I. - Les observations	155
II. - Les résultats	165
CHAPITRE X - Les observations	175
I. - Les observations	175
II. - Les résultats	185
CHAPITRE XI - Les observations	195
I. - Les observations	195
II. - Les résultats	205
CHAPITRE XII - Les observations	215
I. - Les observations	215
II. - Les résultats	225
CHAPITRE XIII - Les observations	235
I. - Les observations	235
II. - Les résultats	245
CHAPITRE XIV - Les observations	255
I. - Les observations	255
II. - Les résultats	265
CHAPITRE XV - Les observations	275
I. - Les observations	275
II. - Les résultats	285
CHAPITRE XVI - Les observations	295
I. - Les observations	295
II. - Les résultats	305
CHAPITRE XVII - Les observations	315
I. - Les observations	315
II. - Les résultats	325
CHAPITRE XVIII - Les observations	335
I. - Les observations	335
II. - Les résultats	345
CHAPITRE XIX - Les observations	355
I. - Les observations	355
II. - Les résultats	365
CHAPITRE XX - Les observations	375
I. - Les observations	375
II. - Les résultats	385
CHAPITRE XXI - Les observations	395
I. - Les observations	395
II. - Les résultats	405
CHAPITRE XXII - Les observations	415
I. - Les observations	415
II. - Les résultats	425
CHAPITRE XXIII - Les observations	435
I. - Les observations	435
II. - Les résultats	445
CHAPITRE XXIV - Les observations	455
I. - Les observations	455
II. - Les résultats	465
CHAPITRE XXV - Les observations	475
I. - Les observations	475
II. - Les résultats	485
CHAPITRE XXVI - Les observations	495
I. - Les observations	495
II. - Les résultats	505
CHAPITRE XXVII - Les observations	515
I. - Les observations	515
II. - Les résultats	525
CHAPITRE XXVIII - Les observations	535
I. - Les observations	535
II. - Les résultats	545
CHAPITRE XXIX - Les observations	555
I. - Les observations	555
II. - Les résultats	565
CHAPITRE XXX - Les observations	575
I. - Les observations	575
II. - Les résultats	585
CHAPITRE XXXI - Les observations	595
I. - Les observations	595
II. - Les résultats	605
CHAPITRE XXXII - Les observations	615
I. - Les observations	615
II. - Les résultats	625
CHAPITRE XXXIII - Les observations	635
I. - Les observations	635
II. - Les résultats	645
CHAPITRE XXXIV - Les observations	655
I. - Les observations	655
II. - Les résultats	665
CHAPITRE XXXV - Les observations	675
I. - Les observations	675
II. - Les résultats	685
CHAPITRE XXXVI - Les observations	695
I. - Les observations	695
II. - Les résultats	705
CHAPITRE XXXVII - Les observations	715
I. - Les observations	715
II. - Les résultats	725
CHAPITRE XXXVIII - Les observations	735
I. - Les observations	735
II. - Les résultats	745
CHAPITRE XXXIX - Les observations	755
I. - Les observations	755
II. - Les résultats	765
CHAPITRE XL - Les observations	775
I. - Les observations	775
II. - Les résultats	785
CHAPITRE XLI - Les observations	795
I. - Les observations	795
II. - Les résultats	805
CHAPITRE XLII - Les observations	815
I. - Les observations	815
II. - Les résultats	825
CHAPITRE XLIII - Les observations	835
I. - Les observations	835
II. - Les résultats	845
CHAPITRE XLIV - Les observations	855
I. - Les observations	855
II. - Les résultats	865
CHAPITRE XLV - Les observations	875
I. - Les observations	875
II. - Les résultats	885
CHAPITRE XLVI - Les observations	895
I. - Les observations	895
II. - Les résultats	905
CHAPITRE XLVII - Les observations	915
I. - Les observations	915
II. - Les résultats	925
CHAPITRE XLVIII - Les observations	935
I. - Les observations	935
II. - Les résultats	945
CHAPITRE XLIX - Les observations	955
I. - Les observations	955
II. - Les résultats	965
CHAPITRE L - Les observations	975
I. - Les observations	975
II. - Les résultats	985
CHAPITRE LI - Les observations	995
I. - Les observations	995
II. - Les résultats	1005

Vu et autorisé par le contrôle de la presse sous le n° 7208,
le 16 avril 1943.

